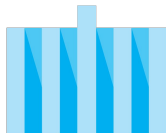




Clínica
Médica
B

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Meningoencefalitis por Virus Varicela Zóster

Unidad Académica Clínica Médica B

Prof. Dra. Laura Llambí

Equipo Sala 3 - Dres Añón, Vásquez, Quinteros, Barbeito, Castillo.

Caso clínico

SF. 74 años. Procedente de Montevideo.

AP:

- Tabaquista.

- Parálisis facial periférica derecha hace 30 años de etiología no esclarecida.

Caso clínico

EA:

- Lesiones de piel en hemicara derecha, tipo vesículas con evolución a costras de una semana de evolución, edema hemicara ipsilateral.
- Hiperemia conjuntival derecha, no dolor ocular, no alteración de agudeza visual.
- Dolor facial de características neuropáticas, síntomas sensitivos irritativos y otalgia.
- Sin otra clínica neurológica.
- No fiebre.

Examen físico

Lúcida, eupneica, normotensa, sin taquicardia, apirética.

PyM: Lesiones tipo vesículas y costras en hemicara derecha, algunas melicéricas. Edema hemicara derecha, no rubor ni calor. Lesiones costrosas en conducto auditivo externo y pabellón auricular. No lesiones bucofaríngeas.

PNM: Parálisis facial periférica derecha. No rigidez de nuca.

Resto del examen físico sin alteraciones.

Diagnóstico clínico

- ❖ Herpes zóster multimetamérico: compromiso de ramas oftálmica y maxilar del nervio trigémino y síndrome de Ramsay Hunt.
- ❖ Sobreinfección bacteriana.

Ingresa para:

- Manejo del dolor. Se inician opioides y coadyuvantes.
- Tratamiento con aciclovir, ampicilina-sulbactam y trimetoprim sulfametoxazol.

Analítica al ingreso

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Hb 12,9 g/dL- Pqt. 197.000/uL- Leucocitos 4.280/uL Neu. 2950/uL- Urea 38 mg/dL Crea 0,56 mg/dL- Na 139 mEq/L K 4,1 mEq/L | <ul style="list-style-type: none">- Glicemia 100 mg/dL- Perfil hepático sin alteraciones- VHB y VHC negativas- VIH negativo- VDRL negativo |
|--|--|

En sala:

- ❖ Agrega cefalea holocraneana, alteración aguda del nivel de conciencia y fiebre.
- ❖ Examen físico:
 - Eupneica. FC 100 lpm, PA 120/80 mmHg, bien perfundida. Tax 37,7°C.
 - Lesiones en piel evolucionadas, costrosas. Edema hemicara.

En sala:

- PNM: letárgica, desorientada, bradipsíquica. PC: Alodinia en territorio de ramas V1 y V2. Parálisis facial periférica derecha. SE: sin alteraciones. SM: Rigidez de nuca.
- Resto del examen sin alteraciones.

En suma

- ❖ SF, 74 años. PFP derecha conocida. Tabaquista.
 - ❖ Inmunocompetente.
 - ❖ Herpes zóster multimetamérico con compromiso de V y VII par. Sobreinfección bacteriana.
 - ❖ Fiebre, cefalea, síndrome confusional agudo y rigidez de nuca.
- **Planteo:** Meningoencefalitis por Virus Varicela Zóster

Evolución

- TC de cráneo y órbitas descarta complicaciones infecciosas supuradas y patología estructural.
- Se realiza punción lumbar, citoquímico inflamatorio:
 - aspecto límpido / glucosa 0,40 g/L / Proteínas 0,92 g/L / GB 40 cel/mm³, monocitos 80%
- Se mantiene tto con aciclovir iv ajustado al peso.
- Recibe 5 días de antibiótico por infección de piel.

Evolución

- ❑ Confirmación diagnóstica por PCR para VVZ en LCR.
- ❑ Completa 14 días de tratamiento antiviral iv.
- ❑ Rápida mejoría del nivel de conciencia.
- ❑ Resolución de lesiones en piel y edema.
- ❑ En apirexia mantenida.
- ❑ RM de cráneo: microangiopatía crónica, sin otros hallazgos.

Evolución

- ❑ Valorada por ORL: herpes ótico.
- ❑ Revalorada por OFT: compromiso conjuntival exclusivo.
- ❑ Difícil manejo del dolor, escasa respuesta a tratamiento farmacológico.
- ❑ Valorada en policlínica de dolor, se realiza bloqueo de ramas terminales de V1 y V2 del trigémino y bloqueo de ganglio esfenopalatino con evolución favorable.

En suma

- SF, 74 años. Tabaquista leve, PFP conocida.
- Herpes zóster multimetamérico complicado con meningoencefalitis.
- Neuralgia de difícil manejo.

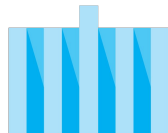
Aspectos a discutir:

- Complicaciones neurológicas del herpes zóster.
- Tratamiento: fármaco de elección, vía de administración, duración.
- Factores de riesgo.
- Manejo de la neuralgia aguda y posherpética.



**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Revisión: meningoencefalitis por Virus Varicela Zóster

Unidad Académica Clínica Médica B

Prof. Dra. Laura Llambí

Equipo Sala 3 - Dres Añón, Vásquez, Quinteros, Barbeito, Castillo.

Hoja de ruta

- Herpes zóster
 - Introducción
 - Clínica
 - Complicaciones neurológicas
 - Meningoencefalitis por virus varicela zóster
 - Diagnóstico, paraclínica y tratamiento
 - Dolor herpético
 - Medidas de prevención nosocomiales
 - Vacunación
- Mensajes finales

Introducción

- Varicela zóster: virus ADN doble cadena perteneciente a la familia Herpesviridae.
- Primoinfección: varicela. Posteriormente latencia en ganglios dorsales, craneales y autonómicos. Reactivación determina herpes zóster.
- Principales factores de riesgo: edad avanzada y compromiso de la inmunidad celular.
- Alta morbilidad, fundamentalmente en adultos mayores.

Clínica

- Erupción vesicular unilateral de distribución dermatomérica.
- Compromiso único o múltiple (diseminado).
- Lesiones maculopapulares eritematosas, rápida evolución a vesículas, finalmente costras.
- Compromiso de pares craneales.
- Dolor agudo / subagudo / crónico. Neuralgia posherpética.
- Complicaciones neurológicas.

Clínica neurológica

- Compromiso de pares craneales.
- Zoster oftálmico.
- Zoster ótico. Síndrome de Ramsay Hunt.
- Meningoencefalitis.
- Vasculopatía, mielitis, neuropatía motora periférica, síndrome Guillain-Barré.

Meningoencefalitis

- Complicación que ocurre en menos de 1% de los casos de Herpes Zóster.
- Presentación clínica: fiebre, cefalea, alteraciones conductuales, compromiso de conciencia, confusión hasta coma.
- FR mayores: compromiso dermatomas cervicales, compromiso de pares craneales, episodios previos de zóster, la presencia de herpes zóster diseminado y la inmunodepresión celular.
- Coexistencia muy rara con Síndrome de Ramsay Hunt.

Diagnóstico de la complicación

Punción lumbar para estudio de Líquido Cefalorraquídeo.

²Citoqímico normal:

**Leucocitos < 5 cel/mm³; Glucosa > 0.45 g/L;
Proteínas < 0.4 g/L**

Proteínas: 1-5 g/L
Leucocitos > 500
Predominio PMN (80%)
Glucosa < 0.4 g/L
Lactato > 30 mg/dL
Posible etiología
⁴BACTERIANA

Proteínas < 2 g/L
Leucocitos 10-1000
Predominio linfocitos
Glucosa > 0.45 g/L
Lactato < 30 mg/dL
Posible etiología
VIRAL

Panel viral PCR para virus Herpes

Tratamiento

Si zóster localizado: instaurar analgesia / antivirales en primeras 48 h de aparición de síntomas con intención de aliviar síntomas. Impacto sobre neuralgia posherpética discutido.

Si compromiso oftálmico o encefálico indicación de tratamiento IV.

Fármaco de elección: aciclovir intravenoso por 10 a 14 días.

Puede extenderse según evolución clínica, fundamentalmente en cuadros neurológicos graves.

Manejo del dolor

Corticoides: punto controversial. Estudios muestran que su asociación con aciclovir tendría efectos beneficiosos para la resolución de la neuritis aguda. No previene la neuralgia posherpética.

Bloqueo: evidencia débil, no estudios randomizados. Habría consenso en su uso cuando no hay alivio pese a antivirales, analgésicos y otros coadyuvantes del dolor.

Neuralgia posherpética

Dolor en la región afectada luego de 3 meses de resolución del cuadro agudo.

Principal factor de riesgo asociado es la edad avanzada. Hasta 50% de pacientes de edad avanzada la desarrolla.

Se plantea como base fisiopatológica la inflamación ganglionar crónica.

Plantea un desafío terapéutico. Abordaje multidisciplinario.

Estrategia farmacológica escalonada: agonistas de receptores GABA, antidepresivos (tricíclicos e IRSN), anticomiciales y opioides.

Medidas de prevención nosocomiales

Aislamiento de contacto a todos los pacientes infectados.

Sumar aislamiento respiratorio si compromiso extenso (abarca más de 2 dermatomas).

Vacunación del personal de salud que no estuvo expuesto a varicela con 2 dosis de vacuna contra varicela.

Vacunación para varicela zóster

Zostavax: Virus vivos atenuados. Una única dosis. Prevención de Herpes Zóster y neuralgia posherpética. Producción discontinuada.

Shingrix: proteínas recombinantes. Dos dosis. Recomendada para pacientes > 50 años hayan o no padecido zoster. Inmunodeprimidos no incluidos en los estudios. Rol clave en prevención de neuralgia posherpética.
No disponible en Uruguay, accesible en Argentina y Brasil.

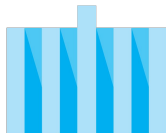
Mensajes finales

- Herpes zóster es una patología frecuente que genera alta morbilidad.
- Si bien la ME es una complicación rara del herpes zóster, se debe tener alta sospecha si existe afección de pares craneales o alteración de consciencia.
- Importancia de realizar un abordaje interdisciplinario del dolor.
- Implementar medidas de aislamiento respiratorio en compromiso multimetamérico.
- Existe vacuna aprobada para prevenir reactivación de herpes zóster y la NPH.
- Hasta 10% de los pacientes pueden tener zóster sin herpes.



**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Gracias

Unidad Académica Clínica Médica B

Prof. Dra. Laura Llambí

Equipo Sala 3 - Dres Añón, Vásquez, Quinteros, Barbeito, Castillo.